CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXIXe SESSION
PARIS, 28 MAI - 1er JUIN 1925

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

LA GUÉRISON TARDIVE
DES
MALADIES MENTALES

PAR

le Docteur Jean **ROBERT**
Directeur-Médecin de l'Asile d'Aliénés d'Auch

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain

1925

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXIX[e] SESSION
PARIS, 28 MAI - 1[er] JUIN 1925

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

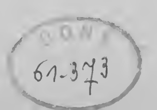
LA GUÉRISON TARDIVE DES MALADIES MENTALES

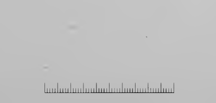
PAR

le Docteur Jean ROBERT
Directeur-Médecin de l'Asile d'Aliénés d'Auch

PARIS
MASSON ET C[ie], ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain

1925





LA GUÉRISON TARDIVE DES MALADIES MENTALES

La guérison tardive des maladies mentales, dont l'étude est mise à l'ordre du jour de la 29e session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, est un fait clinique sur lequel est attirée depuis longtemps l'attention des psychiatres. Cette notion de guérison survenant parfois après de longues années de maladie, arrêtant ainsi d'une façon heureuse l'évolution d'un trouble mental, considéré comme incurable sur la foi de symptômes cliniques dont la signification démentielle était jugée irréfutable, explique l'étonnement et la perplexité des observateurs devant cette évidente faillite de leur pronostic. Esquirol (1), Guislain (2), Griesinger (3), Morel (4) avaient déjà signalé ces possibilités de guérisons tardives inattendues et déconcertantes. Aussi recommandaient-ils des pronostics prudents et mettaient-ils leurs élèves en garde contre la tendance dangereuse de tenir pour un argument de trop grande valeur dans l'appréciation de l'incurabilité des troubles mentaux, la longueur de la maladie. Ces sages conseils de prudence se justifient encore à l'heure actuelle dans l'impossibilité où nous sommes de connaître d'une façon précise l'évolution et la terminaison de nombreux états psychopathiques. On peut dire cependant que le problème est inscrit d'une façon plus positive dans les préoccupations des aliénistes et que leurs investigations dans ce sens se sont multipliées au cours de ces dernières années. Des examens cliniques plus minutieux, une analyse plus approfondie des symptômes et de leur valeur séméiologique, des pronostics réservés et prudents,

(1) Esquirol. — *Des maladies mentales*, 1838.
(2) Guislain. — *Leçons orales sur les phrénopathies*, 1852.
(3) Griesinger. — *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten II*. Aufl. 1861.
(4) Morel. — *Traité des maladies mentales*, 1860.

telles sont les utiles conséquences de la notion empiriquement acquise des guérisons tardives des maladies mentales. Nous ne considérons plus aussi rigoureusement comme des entités cliniques véritables des états qui ne sont que des syndromes communs à des psychoses de nature différente et la notion d'évolution lente de certaines formes cliniques est une des raisons qui détermine la sage tendance actuelle à ne formuler le plus souvent que des diagnostics symptomatiques. Cette réserve traduit nos incertitudes et nos hésitations quand il s'agit de juger de l'avenir d'une psychose ; elle n'est pas un aveu définitif d'impuissance ou de scepticisme. Les travaux contemporains sur les délires secondaires, les psychoses associées, les guérisons tardives, les délires de persécutions symptomatiques de psychoses périodiques, les états délirants à évolution démentielle précoce, le pronostic des états mentaux polymorphes, les accès mélancoliques de longue durée, etc., témoignent du souci présent des aliénistes de dégager de l'étude clinique des troubles mentaux des éléments de plus en plus précis de pronostic, des indices d'évolution des psychoses.

S'il est vrai que les cas de guérison tardive des maladies mentales rapportés dans la littérature médicale aient toujours été considérés comme des surprises cliniques imprévues, merveilleuses même, ainsi que les ont qualifiés certains auteurs, devons-nous en conclure que ces guérisons demeureront toujours imprévisibles et souscrirons-nous au pessimisme stérilisant de Langermanns, qui, se persuadant peut-être un peu vite de la vanité de nos efforts, se réfugie dans cet aveu de résignation spiritualiste : « Dieu seul sait ce qui est curable ! »

Certes la tâche est ardue et difficile. Les faits psychologiques en effet sont complexes, plus délicats à observer et à interpréter que des signes organiques. Même lorsque nous les rattachons à des lésions anatomiques connues comme les états démentiels, nous ne pouvons souvent pas relier exactement tous les symptômes psychiques à ces lésions ; nous ne saurions par exemple préciser anatomiquement pourquoi une paralysie générale est expansive, mégalomaniaque, pourquoi telle autre au contraire s'accompagne de dépression, d'idées délirantes variées. Que dire dès lors de nos hésitations quand il s'agit des psychoses sans substratum anatomique défini, où des symptômes nets et certains font défaut, où notre effort

d'investigation est un constant travail d'analyse du fonctionnement mental altéré, des inter-réactions des phénomènes de conscience et de cénesthésie, de dissociation ou de conservation de la personnalité. La difficulté de ce labeur, l'insuffisance de nos moyens d'étude nous imposent la nécessité d'observer longuement les troubles mentaux, d'autant plus que leur symptomatologie est parfois fruste, polymorphe et variable dans son expression statique et actuelle. La connaissance des phases évolutives de la maladie devient dès lors indispensable. Aussi, contrairement à ce qui se passe en pathologie générale où la notion d'évolution n'entre pas toujours au nombre des caractères qui définissent et classent un type morbide, ne pouvons-nous pas, en pathologie mentale, établir des classifications purement symptomatiques ou étiologiques. Nous détachant des diagnostics du moment, nous devons prendre en considération l'évolution de la forme morbide. L'œuvre psychiatrique est donc particulièrement longue et complexe. Elle exige des investigations laborieuses et suivies, fréquemment répétées, et privée, comme elle l'est le plus souvent, des solides appuis anatomiques ou biologiques, s'exerçant sur des phénomènes morbides de la pensée dont le mécanisme, même quand il est normal, nous échappe, elle demande une observation continue au service d'une longue initiation préalable de l'observateur fondée sur l'expérience. Dans ces conditions l'étude des psychoses à évolution longue, à terminaison encore incertaine, peut être féconde en résultats ; c'est à elle que nous devons nous attacher et ainsi réagir contre notre tendance, que les faits justifient sans doute trop souvent, à considérer la longueur de la maladie comme un critérium d'incurabilité.

Sans méconnaître l'importance et la valeur de la méthode anatomo-clinique, des recherches de laboratoire, des tests psychologiques, nous pensons que l'observation clinique de la maladie, non seulement dans sa physionomie actuelle mais dans ses diverses particularités évolutives, peut seule nous permettre de dégager des éléments de pronostic de plus en plus précis, et de diminuer les inconnues du problème quotidien que nous essayons de résoudre, dont M. Colin a si justement posé les termes dans son discours d'ouverture au Congrès de Besançon. « Lorsque nous nous trouvons en pré-
« sence d'un malade et des parents de ce malade, dit-il, la
« première question qui se pose est de savoir ce qu'il a,

« comment il évoluera, s'il y a lieu ou non de l'interner et,
« dans cette dernière alternative s'il restera longtemps
« interné, si en somme il guérira. Ici pas de recherches de
« laboratoire, pas de psychologie qui compte; seul l'examen
« clinique entre en jeu. C'est pourquoi la clinique sous ses
« apparences modestes restera toujours la science maî-
« tresse. »

Ces considérations d'ordre général laissent entrevoir les lignes directrices que nous suivrons dans notre travail. Après un historique de la question dans lequel nous rappellerons comment s'est imposée à l'attention des psychiatres l'étude de ces guérisons le plus souvent troublantes et inattendues, les discussions et les travaux qu'elles ont provoqués, nous examinerons ce qu'il faut entendre par guérison, quel est son critérium, sa fréquence, sa valeur, etc... Puis nous rechercherons dans la symptomatologie des troubles mentaux, dans leur mode de début, dans leur physionomie, leurs manifestations accessoires, leur évolution, s'il nous est possible de recueillir des éléments de pronostic favorables ou du moins susceptibles de nous interdire un pronostic d'incurabilité absolue. Enfin nous terminerons ce travail par un court aperçu médico-légal de la question.

Cette partie sera nécessairement abrégée car la multiplicité des problèmes médico-légaux et sociaux que pose la question des guérisons tardives, surtout au point de vue des rapports de l'aliénation mentale et du divorce, exigerait une abondante documentation, des développements et des discussions connexes qui nous ont paru sortir du cadre d'une étude avant tout psychiatrique.

HISTORIQUE

La guérison tardive des maladies mentales n'est pas une notion clinique d'acquisition récente. Esquirol (1) écrivait déjà en 1838 : « Il est des exemples qui prouvent qu'il ne « faut jamais désespérer de la guérison des aliénés. Pinel « cite l'exemple bien mémorable d'une dame qui a passé

---

(1) Esquirol. — *Loc. cit.*

« 25 ans dans un état de manie... et qui, tout à coup, a recou-
« vré la raison. J'ai vu une jeune fille qui, depuis 10 ans, était « en démence avec suppression des règles. Un jour, se levant, « elle court embrasser sa mère : « Ah ! maman, dit-elle, je « suis guérie ! » Ses menstrues venaient de couler sponta- « nément ; la raison s'était rétablie aussitôt. Au reste, ces « faits sont rares. Ils prouvent que lorsqu'il n'y a pas de « signes d'incurabilité ou lorsqu'il existe quelque désordre « physique on peut espérer que la folie cessera ». Esquirol cite encore deux cas de guérison tardive survenue à l'âge de la ménopause chez des malades dont les troubles mentaux remontaient à l'adolescence.

La possibilité de guérison tardive de la folie a été également admise par Morel (1), par Griesinger (2), par Guislain (3). « On voit, écrivait Guislain, des aliénés se rétablir « après 10 ans, 20 ans de séjour dans les établissements... La « durée de la maladie est certes d'un poids considérable dans « l'appréciation de la curabilité ou de l'incurabilité de l'alié- « nation mentale. Mais, pour en déterminer la portée, il faut « la mettre en regard des formes pathologiques et de l'âge « du sujet... Je ne désespèrerai pas aussi longtemps qu'une « oblitération progressive de l'intelligence, en un mot qu'un « état de démence ne soit venu se joindre aux caractères « morbides. »

Jusqu'en 1882, époque où se placent les mémorables débats qui eurent lieu devant l'Académie de médecine au sujet des rapports de l'aliénation mentale et du divorce, la question des guérisons tardives n'avait fait l'objet d'aucune étude d'ensemble. Les rares observations éparses dans la littérature médicale manquaient de précision clinique. Elles étaient rapportées surtout comme des curiosités scientifiques, des surprises d'autant plus inattendues que ces guérisons tardives étaient survenues chez des malades jugés incurables. Les travaux législatifs de cette époque où s'élaborait la loi Naquet, dont le projet déposé depuis 1876 ne devait être définitivement adopté que le 27 juillet 1884, l'amendement du député Guillot, tendant à introduire dans les causes du divorce l'aliénation mentale depuis 5 ans confirmée, fixèrent

(1) Morel. — *Loc. cit.*
(2) Griesinger. — *Loc. cit.*
(3) Guislain. — *Loc. cit.*

l'attention de l'opinion publique, des juristes, des psychiâtres. La Commission de la Chambre avant de prendre en considération l'amendement Guillot décida de consulter des aliénistes. Elle fit appel à Blanche, à Charcot, à Magnan, à Legrand du Saulle. Au nombre des arguments que ces auteurs présentèrent contre l'admission de cette disposition législative, nous ne retiendrons, pour la question qui fait l'objet de notre travail, que l'argument médical de la possibilité des guérisons tardives de la folie. « On ne peut affirmer, dit Blanche (1), « que la folie soit toujours incurable ; il y a des circons- « tances dans lesquelles elle déjoue tous les calculs, et dans « ce domaine spécial des misères humaines tout semble sou- « mis à l'exception : c'est l'irrégularité et l'imprévu qui « dominent. » Il ajoutait que s'il existe des maladies mentales dans lesquelles le médecin peut affirmer l'incurabilité il en était d'autres telles que la manie, la lypémanie même chroniques qui pouvaient guérir spontanément ou présenter des rémissions très longues. « Après le divorce, ajoutait-il, « mesure définitive, irrévocable, ce n'est pas le bonheur qui « attend ces malades guéris, c'est le désespoir. » Charcot et Magnan émirent une opinion conforme à celle de Blanche et leurs arguments prévalurent contre ceux de Legrand du Saulle et de Luys. L'amendement Guillot fut rejeté par la Commission. Si la notion de possibilité de guérisons tardives dans la folie ne fut peut-être pas, dans le débat, l'argument prépondérant, elle fut cependant un argument médical dont la valeur ne pouvait être méconnue.

Ces discussions, d'abord académiques puis législatives, suscitèrent une éclosion de controverses à la Société médico-psychologique et dans la presse médicale, dont la plus retentissante fut celle de Luys (2). Il opposa avec ardeur ses conceptions à celles de Blanche sur les guérisons tardives, et reprocha à ses observations d'être anecdotiques et dépourvues de détails cliniques. S'il est incontestable pour Luys que les maladies mentales peuvent avoir, suivant les sujets, une évolution variable, plus ou moins longue, il n'admet pas la possibilité d'une guérison après un délai de 6 ou 7 ans de maladie « au bout de laquelle, dit-il, on ne rencontre plus de

(1) Blanche. — La folie doit-elle être considérée comme une cause de divorce. *Ann. Méd.-Psych.*, 1883.
(2) Luys. — Des guérisons tardives de la folie. *Encéphale*, 1883.

« véritables restaurations des facultés... et ce qu'on appelle la « plupart du temps des guérisons tardives ne sont que des « cas de démence tranquille où le malade vit dans un état « d'isolement complet et d'indifférence pour tout ce qui l'en- « vironne ».

A partir de cette date la question des guérisons tardives des maladies mentales et celle de l'incurabilité de la folie qui lui est étroitement liée, s'impose d'une façon plus active à la préoccupation des aliénistes. La littérature médicale en France et à l'étranger s'enrichit chaque jour de nombreux documents cliniques, statistiques, médico-légaux publiés dans les journaux médicaux de l'époque par Sizaret (1), Giraud (2), Marandon de Montyel (3), Chatelain (4), etc...

L'authenticité des guérisons tardives contestée par Luys est remise en discussion. En 1896 Chatelain (5) donne deux observations de guérison tardive des plus probantes qu'il fait suivre de ces réflexions judicieuses : « Tous les jours « nous rencontrons des cas dont les symptômes ne peuvent « cadrer exactement avec aucune des formes admises par « les classifications en cours. De même les éléments d'un « pronostic certain nous font encore trop souvent défaut. « Tel malade, dont à première vue la guérison paraissait « assurée, tombe petit à petit en démence. Tel autre, que tout « concourait à faire juger incurable, finit contre toute attente « par se rétablir, même sans traitement, par la seule force « médicatrice de la nature. Au début de sa carrière le jeune « médecin donne avec assurance un certificat d'incurabilité « qu'après quelques années de pratique, il ne signera plus « qu'après avoir trempé plusieurs fois sa plume dans l'en- « crier. Avec l'expérience viennent la prudence et la cir- « conspection. » Dans une monographie magistrale et complète Pétren (6), en 1908, reprend et analyse la multitude de cas de guérisons tardives publiés dans la littérature médicale de tous les pays survenues après plus de 4 ans de maladie.

---

(1) Sizaret. — Observation d'un cas de guérison après 8 ans de séjour à l'asile. *Ann. Méd.-Psych.*, 1883.

(2) Giraud. — Contribution à l'étude des guérisons tardives. *Ann. Méd.-Psych.*, 1883.

(3) Marandon de Montyel. — Incurabilité et guérisons tardives en aliénation mentale. *Archives de Neurologie*, 1884.

(4) Chatelain. — *Ann. Méd. Psych.*, 1885.

(5) Chatelain. — Des guérisons tardives. *Ann. Méd.-Psych.*, 1896.

(6) Pétren. — Ueber spätheilung von Psychosen. *Nord. Med. Archiv.*, 1908.

Dans les conclusions de son travail l'auteur s'étonne de la légèreté avec laquelle ces cas ont été acceptés comme probants. Après en avoir fait une minutieuse critique il ne retient que 33 cas dans lesquels on peut admettre une guérison tardive indiscutable. La plupart appartiennent à la folie périodique (psychose maniaque-dépressive) et à la catatonie. Quant à la durée de la maladie elle varie de 4 à 12 ans. D'après l'auteur les autres prétendues guérisons ne sont que des cas de démence calme, des pseudo-guérisons, qui, méconnues, viennent grossir indûment le chiffre des guérisons tardives.

En 1910 deux projets de loi, qui ne sont pas identiques, sont déposés à quelques jours d'intervalle par MM. Viollette et Colin (1) sur le bureau de la Chambre des Députés. Ces deux projets tendent, avec des dispositions différentes, à faire figurer l'aliénation mentale au nombre des causes du divorce. Depuis l'examen et le rejet de l'amendement Guillot, la question qui n'avait pas eu l'honneur d'être débattue au sein des Sociétés savantes est remise à l'ordre du jour de ses séances par la Société médico-psychologique, à la suite de commentaires cliniques et médico-légaux présentés devant cette société par MM. Juquelier et Fillassier (2). La discussion qui s'ouvrit, les polémiques même qu'elle suscita ont été suivies avec trop d'intérêt par les aliénistes et sont encore si vivantes qu'il nous paraît inutile d'en retracer les grandes lignes. Nous retiendrons seulement qu'au cours de ces discussions et de ces polémiques l'argument de la possibilité d'une guérison tardive des maladies mentales a souvent été jeté dans le débat ainsi que la question de l'incurabilité de la folie qui, en définitive, le domine.

Si l'on parcourt la littérature médicale de ces quinze dernières années on constate combien la question des guérisons tardives et du pronostic des maladies mentales a pris de l'importance et tient à l'heure actuelle, dans les investigations des aliénistes, une place prépondérante. L'abondance des travaux contemporains sur cette question, ceux de Blanchard (3), de

---

(1) Colin. — Annexe au procès-verbal de la séance de la Chambre des Députés du 17 novembre 1910.

(2) Juquelier et Fillassier. — La jurisprudence des tribunaux en matière de divorce et d'aliénation. *Ann. Méd.-Psychol.*, 1911, p. 91.

(3) Blanchard. — Les guérisons tardives dans leurs rapports avec le divorce. *Thèse* de Montpellier, 1913.

Bravetta (1), de Mme M. Jannin (2), de Paul Delmas (3) ; les nombreuses observations présentées à la Société médico-psychologique ou dans les Congrès par Legrain (4), Calmettes (5), Leroy (6), Truelle (7), Prince (8), Arnaud, Sollier et Vignaud (9), etc., en sont autant de témoignages. Enfin le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française en inscrivant à l'ordre du jour de sa 29e session la question de la guérison tardive des maladies mentales consacre de son autorité l'importance d'une notion clinique d'un haut intérêt à la fois scientifique et social.

ETUDE CLINIQUE

La possibilité de guérison tardive des troubles mentaux, généralement admise par les auteurs, est encore cependant contestée. Certains aliénistes, fidèles à l'argumentation de Luys contre les opinions de Blanche, que nous avons brièvement rappelée dans notre historique, considèrent que les centres nerveux ne peuvent pas indéfiniment résister aux ébranlements que déterminent, dans leur trame si délicate, les maladies mentales qui se prolongent d'une façon inaccoutumée, et qu'après un maximum de 6 années de durée on n'assiste plus à de véritables restaurations des facultés intellectuelles. Les prétendues guérisons que l'on observerait après ce délai ne seraient que des états de démence tranquille dans lesquels le déficit mental est la règle.

---

(1) Bravetta. — Sulla guarigione tardiva della malattie mentali. *Ann. di Freniatria et scienze affini*, vol. XXI, fasc. 4, 1911.

(2) Mme M. Jannin. — Contribution à l'étude des guérisons tardives dans les maladies mentales. *Thèse* de Bordeaux, 1916.

(3) P. Delmas. — Les accès mélancoliques de longue durée. *Thèse* de Paris, 1921.

(4) Legrain. — Guérisons tardives. *Ann. Méd.-Psych.*, 1909.

(5) Calmettes. — Sept observations de malades guéris après un séjour à l'asile variant entre 5 et 14 ans. *Ann. Méd.-Psych.*, 1912.

(6) Leroy. — Rémission très complète survenue chez une démence précoce (?) au bout de six années. *Ann. Méd.-Psych.*, 1912.

(7) Truelle. — Un cas d'amélioration considérable après quatorze ans de délire. *Ann. Méd.-Psych.*, 1912.

(8) Prince. — Guérison sociale de deux cas de schizophrénie de longue durée. *Ann. Méd.-Psych.*, 1923.

(9) Arnaud, Sollier et Vignaud. — Psychose mélancolique d'une durée de 16 années ; guérison maintenue pendant 15 ans. *Communication au Congrès de Bruxelles*, 1924.

Cette opinion absolue, intransigeante, ne paraît pas défendable. Elle est en contradiction avec les enseignements que nous donne la clinique qui a enregistré, surtout dans ces dernières années où la question des guérisons tardives est plus spécialement observée, des cas incontestables de guérisons authentiques et complètes. Luys, lui-même, le plus ardent défenseur de cette conception négative, a cependant dû reconnaître son excessive généralisation, et tout en faisant des réserves sur la tendance des aliénistes à considérer trop facilement comme guéris médicalement des malades dont la vie en société n'est que tolérable, il admet la réalité de guérisons tardives exceptionnelles chez certains malades qu'il appelle « les ressuscités de la folie ».

Il est juste de prétendre que dans les nombreux cas de guérisons tardives publiés dans la littérature, il entre une très grande proportion de cas peu probants, à l'abri de toute critique. Ce fait trouve son explication dans la façon différente des auteurs de concevoir ce qu'il faut entendre par guérison d'abord, par guérison tardive, ensuite, par guérison médicale et guérison sociale. D'où l'indispensable nécessité de rechercher s'il existe un critérium de guérison, de préciser les caractères qu'elle doit revêtir pour permettre d'en affirmer la réalité.

Dans un travail très documenté et très judicieux sur la question, le Docteur E. Bravetta (1), médecin de l'asile de Milan, consacre un chapitre de sa monographie à la recherche de ce critérium. Il conclut que l'on ne pourra prononcer le mot de guérison d'une maladie mentale que lorsque les trois conditions suivantes se trouveront réalisées :

1° la disparition de la symptomatologie morbide ;

2° la reconnaissance par le malade du trouble mental qu'il a présenté ;

3° la confirmation par la catamnèse d'une guérison consolidée.

L'observation catamnestique devra démontrer que le niveau intellectuel du malade guéri n'est pas abaissé, qu'il a retrouvé sa faculté de travail, ses habitudes de vie normale et saine.

Nous ne pouvons que souscrire aux conclusions de l'auteur

(1) E. Bravetta. — *Loc. cit.*

italien. Tout sujet, en effet, qui parle volontiers de l'état morbide qu'il a subi, qui précise les circonstances où il est tombé malade, la date et le mode d'apparition des symptômes, qui ne rejette sur personne la responsabilité de sa maladie, qui se réadapte facilement aux exigences de la vie sociale, réadaptation d'autant plus difficile que le séjour dans la maladie a été plus long, doit être considéré comme médicalement guéri. Mais nous pensons que la guérison peut encore être réelle en l'absence de ces caractères. On voit, en effet, des malades qui ont récupéré leur activité, leurs sentiments familiaux, leur faculté de synthèse et qui pourtant ne reconnaissent pas qu'ils ont été malades de l'esprit. Ils attribuent leur désordre mental, quand ils ne le contestent pas, à une fatigue momentanée qui n'a pas été suffisamment prise en considération par l'entourage, à leur séjour inutilement prolongé à l'asile où on a eu tort de les conduire. Sans avoir pourtant une tournure d'esprit paranoïenne ils ne sont pas éloignés de faire grief à leur famille d'avoir manqué de patience et de ne pas leur avoir donné, dès le début, des soins particuliers qui leur auraient évité la maison de santé. D'autres enfin, dont l'attitude témoigne implicitement de la reconnaissance parfaite de leur état morbide passé, n'avouent jamais qu'ils ont été malades, ne parlent jamais spontanément de leur période de maladie dont ils paraissent avoir honte. Il nous a semblé que cette attitude s'observait surtout chez les périodiques guéris. Enfin un autre indice de guérison de bon aloi nous paraît être la résignation du sujet qui, conscient de son trouble morbide, manifeste au médecin sa reconnaissance et n'insiste pas pour obtenir sa sortie, laissant celui-ci seul juge de son opportunité et comprenant qu'il est de sa sécurité et de son intérêt de prolonger un traitement ou une assistance morale dont il apprécie les bienfaits.

Tels sont les critères qui nous paraissent caractériser la guérison d'un trouble mental, que cette guérison se produise tardivement ou dans les délais habituels. Toute guérison où la réunion plus ou moins complète de ces critères ne pourra pas être relevée doit être jugée comme suspecte ou insuffisante. Elle pourra entrer dans ces cas de guérisons sociales où les malades intellectuellement et affectivement diminués, incapables de réadaptation ne sont tolérés dans le milieu social que parce que leurs réactions maladives, qu'elles aient été désordonnées, impulsives ou discordantes, ont perdu leur

acuité et que leur entourage oppose à leur passivité, à leur défaut d'initiative, des sentiments affectueux et indulgents.

A quel moment la guérison d'une maladie mentale doit-elle être considérée comme tardive ? Il est difficile dans notre ignorance de l'évolution des psychoses, si variable suivant les sujets et les formes morbides, de donner à cette question une réponse précise. Aussi bien les auteurs qui ont envisagé le problème n'ont-ils eu pour se faire une opinion que les résultats de leur expérience, de leurs statistiques personnelles ; d'où les divergences que l'on constate. Ainsi Morel (1) est d'avis « qu'il existe des maladies dont la guérison ne « s'inaugure que dans la deuxième et même dans la troi-« sième année. Passé ce temps les aliénés, sauf de bien rares « exceptions, sont inévitablement voués à la démence. » Rousseau (2) au contraire recule les limites de la période de curabilité des psychoses et s'arrête aux conclusions suivantes:

1° Le plus grand nombre des guérisons est obtenu dans le courant des deux premières années qui suivent le placement des aliénés.

2° Dans l'intervalle de 2 à 7 ans le chiffre des guérisons est réduit tout d'abord dans des proportions considérables ; il diminue ensuite progressivement de façon que le contingent de cette période ne représente plus que le septième de la précédente.

3° Après 7 ans commence une troisième période pendant laquelle les aliénés dont la virtualité intellectuelle avait résisté jusqu'alors finissent par tomber dans la démence.

4° Cette règle n'est pas absolue et il peut se produire des guérisons tardives.

Donc une guérison est tardive, pour Morel, quand elle survient après 3 ans de maladie continue, pour Rousseau, après une période de 7 ans. Entre ces limites les opinions des auteurs que nous avons pu consulter sont loin d'être concordantes.

Quoi qu'il en soit de ces divergences, l'opinion la plus généralement admise est l'opinion de Morel. Elle a, du reste, peut-on dire, obtenu une sorte de consentement, sinon universel, du moins auprès des nations qui font entrer l'aliéna-

---

(1) Morel. — *Loc. cit.*
(2) Rousseau. — *Encéphale*, V, 2, 1882.

tion mentale au nombre des causes de divorce, puisque leur législation admet que 3 années de psychopathie continue suppriment toute possibilité de la vie maritale. C'est elle que nous adopterons, en faisant remarquer toutefois que les guérisons survenant après trois ans de maladie ne sont pas aussi exceptionnelles que le prétend Morel, puisque des statistiques établissent que dans certaines formes morbides comme la mélancolie, le pourcentage de guérisons après 3 ans de maladie peut atteindre 10 0/0 (1).

Dans un travail paru en 1908, Petren (2), le premier auteur qui ait consacré à la question des guérisons tardives de la folie une étude d'ensemble, aboutit aux conclusions suivantes :

1° Le plus grand nombre de guérisons tardives complètes appartiennent à la folie maniaque dépressive.

a) Ces cas appartiennent en général à un âge relativement avancé.

b) L'hérédité si habituelle dans la folie maniaque-dépressive est moins souvent rencontrée dans ces cas, tandis que presque toujours on y trouve des causes exogènes précises.

c) Parmi toutes les formes différentes appartenant à la folie maniaque-dépressive non seulement les états maniaques et dépressifs mais aussi les états paranoïaques méritent une attention particulière sous peine d'erreur de pronostic. Je ne veux pas dire par là qu'il y a toujours guérison dans cette forme mais qu'il faut se rappeler que l'issue peut être favorable. Il faut, par conséquent, envisager autrement le pronostic s'il s'agit d'une forme semblable à la paranoïa ou s'il s'agit d'une véritable paranoïa.

d) Dans certains cas où il y a, par exemple, une forte nostalgie, un traitement plus libre, notamment la sortie du malade, peut être d'une grande importance pour l'évolution ultérieure de la convalescence.

2° Dans la catatonie il arrive aussi des cas de guérison tardive complète.

a) Ces cas appartiennent de même à un âge avancé.

b) L'hérédité est rencontrée moins souvent dans ces cas de guérison tandis qu'on trouve des causes exogènes précises dans presque tous ces cas.

(1) Paul Delmas. — *Loc. cit.*
(2) Pétren. — *Loc. cit.*

c) Parmi ces cas il n'y a pas seulement des cas aigus, mais aussi des cas à développement très lent.

d) En ce qui concerne le tableau clinique on voit dans ces cas aussi bien des états de stupeur que des états d'agitation.

e) Dans aucun de ces cas il n'y a eu d'accès antérieurs.

3° Dans le délire systématisé de Magnan il peut y avoir des guérisons tardives.

Ces conclusions de Petren n'ont rien perdu à l'heure actuelle de leur vérité clinique. Les travaux de Blanchard (1), de Bravetta (2), de Mme Jannin (3) sur les guérisons tardives, celui de P. Delmas (4) sur les accès mélancoliques de longue durée les confirment à peu près toutes.

Il y a donc des états maniaques, mélancoliques, catatoniques, délirants à forme paranoïenne qui guérissent tardivement, c'est-à-dire après une évolution longue, supérieure à 3 années, et, devons-nous ajouter, à un moment où les allures de la maladie, sa durée anormale, autorisaient un diagnostic d'état chronique s'acheminant progressivement vers la démence.

Ces divers états sont-ils essentiellement distincts les uns des autres ou bien sont-ils des manifestations différentes d'une même entité morbide ? En d'autres termes, l'énorme proportion de guérisons tardives appartenant indiscutablement à la psychose périodique, convient-il de considérer tous ces états tardivement guéris comme des formes morbides ressortissant à la psychose périodique ? De nombreux arguments dont la valeur n'est pas négligeable ont été invoqués en faveur de cette conception que nous n'examinerons pas ici pour ne pas aborder des discussions de doctrine. Elle serait à notre avis une reconstitution inutile de la synthèse initiale des anciens observateurs qui classant toutes les affections mentales sous le nom de manie et de mélancolie ne distinguaient pas le délire de persécution de la lypémanie ; elle serait enfin la négation de l'analyse psychiatrique contemporaine dont l'œuvre a été féconde. Il est vrai sans doute que la psychose périodique a étendu son domaine. Le délire de persécution isolé de la mélancolie s'en était affranchi trop

---

(1) Blanchard. — *Loc. cit.*
(2) Bravetta. — *Loc. cit.*
(3) Mme Jannin. — *Loc. cit.*
(4) P. Delmas. — *Loc. cit.*

vite et avait pris avec Lasègue et Magnan un relief brusque, exagéré peut-être, qui eut le tort de séparer par un fossé infranchissable les états délirants des états d'excitation et de dépression. Aussi assistons-nous au démembrement partiel de cette entité morbide d'où ont été retirées de nombreuses formes à systématisation plus ou moins marquée au profit de la psychose périodique où ils constituent le groupe important des délires de persécutions symptomatiques. De même de nombreuses formes mixtes détachées du délire des dégénérés et du délire de persécution qui, par l'abus d'une nouvelle conception, avaient été rangés dans la démence précoce sont actuellement réintégrés dans la psychose périodique. Mais l'élargissement du cadre de cette psychose ne légitime pas l'effort de synthèse de certains auteurs qui tendent à y faire rentrer des états disparates auxquels la méthode analytique a donné une individualité clinique qu'il convient de leur conserver.

Dans la recherche des éléments de pronostic favorables ou du moins des raisons sur lesquelles peut se fonder un espoir de guérison même tardive, les observations antérieures aux travaux qui s'occupent plus spécialement de cette question ne peuvent nous apporter une aide suffisante. Les auteurs, en effet, involontairement dominés par cette notion empirique, d'ailleurs souvent justifiée, que les chances de guérison d'une psychose sont en raison inverse de sa durée, laissent paraître dans la relation clinique des faits qu'ils rapportent, un pessimisme croissant au fur et à mesure que la maladie se prolonge. Loin de nous la pensée de formuler ici une critique ; nous constatons seulement un fait qu'explique la difficulté de l'observation psychiatrique, délicate et complexe, qui exige non seulement une investigation attentive du médecin, mais encore la collaboration d'un personnel bien adapté à sa fonction, en contact permanent avec les malades et capable d'observer leurs manifestations morbides souvent fugitives. On a dit, avec juste raison, qu'un aliéniste qui pourrait vivre incognito dans l'ambiance de ses malades recueillerait des éléments cliniques précieux pour le diagnostic et le pronostic de leur maladie. De plus lorsque la période d'acuité d'un trouble mental s'épuise sans laisser entrevoir un processus de réparation psychique, de rectification des erreurs délirantes, lorsque le malade s'immobilise dans une attitude uniforme, dans une stéréotypie par adaptation au milieu qui

n'a pas toujours la signification sévère qu'on lui accorde, l'attention de l'entourage se détourne nécessairement d'une observation active. C'est pourtant sur cette période de détente que devraient se concentrer les investigations cliniques car ce moment est propice à l'appréciation du fond mental et permet souvent de fixer ce que le désordre tumultueux de la symptomatologie initiale a pu laisser chez le malade de vie intellectuelle et affective ; c'est de son étude attentive que nous pouvons retirer des enseignements importants pour la solution du problème de l'évolution et du pronostic. Nous nous excusons de cette digression un peu longue ; elle nous a paru nécessaire cependant pour légitimer l'utilisation, à côté des indices primordiaux d'évolution favorable des psychoses, d'un certain nombre de petits signes cliniques auxquels nous attachons une valeur pronostique réelle.

Nous écartons de notre étude toutes les affections mentales d'ordre démentiel liées à des lésions de désintégration cérébrale congénitales ou acquises. Il est, en effet, inadmissible *a priori* qu'une lésion cérébrale organique, destructive, puisse permettre une restauration intégrale de la fonction psychique. Ce qu'on peut voir dans les cas les plus favorables c'est une récupération partielle d'un déficit imputable aux processus encéphalitiques inflammatoires surajoutés à la lésion destructrice. Nous envisagerons donc exclusivement les formes mentales où des guérisons tardives, telles que nous les avons définies, sont susceptibles d'apparaître, c'est-à-dire les états maniaques et mélancoliques qu'ils soient idiopathiques ou symptomatiques de psychoses périodiques, les états catatoniques, les délires de persécutions. Dans les caractères généraux de ces psychoses, dans leur expression clinique nous rechercherons les éléments favorables à l'hypothèse de leur curabilité ou du moins les raisons qui nous interdisent de les tenir comme définitivement incurables, alors que leur durée anormale, leurs formes atypiques tendent à les faire considérer comme évoluant vers la démence.

Quelle que soit la forme envisagée dans le groupe des troubles mentaux que nous allons étudier de ce point de vue, la possibilité d'une guérison tardive devra toujours être admise si la notion précise de périodicité du trouble psychopathique observé est reconnue comme indiscutable, c'est-à-dire si dans l'intervalle qui sépare le trouble mental actuel de l'accès

antérieur nous pouvons établir que le malade a présenté les critères de guérison authentique que nous avons définis et éliminer ainsi l'hypothèse d'une rémission toujours suspecte. Aussi longtemps que n'apparaîtront pas dans ce trouble mental les altérations organiques de désintégration nerveuse ou les déviations irréductibles, démentielles, de l'activité psychique, la possibilité de guérison devra toujours être retenue. De nombreux faits cliniques relatés dans les travaux contemporains sur les guérisons tardives confirment la valeur pronostique de cette notion de périodicité.

La connaissance du mode de début de l'affection aura aussi pour le pronostic une valeur particulière. Un trouble psychopathique dont le début brusque frappe un sujet en pleine santé mentale doit laisser longtemps dans l'esprit de l'observateur un espoir de curabilité. L'expérience clinique nous démontre qu'inversement les troubles mentaux qui s'installent d'une façon insidieuse, dont le début difficile à préciser s'annonce par des modifications du caractère épisodiques, fugaces, explosives, par des bizarreries d'actes, des caprices puérils qui étonnent l'entourage, etc... sont le plus souvent voués à une évolution démentielle.

La notion d'hérédité est aussi un élément de pronostic favoravle, que cette hérédité soit ou non similaire chez les ascendants ou les collatéraux, et surtout si elle ressortit au cadre de la psychose périodique.

Enfin la persistance de l'acuité des symptômes avec retentissement du désordre psychique sur les fonctions organiques végétatives, la conservation d'une activité plus ou moins grande dans la sphère des occupations habituelles, des inclinations et des tendances du sujet, sont autant de raisons qui légitimement une réserve dans le pronostic.

Tels sont les éléments communs aux différentes psychopathies, groupées pour notre étude, qui devront être envisagés dans la discussion du pronostic. Mais si nous examinons isolément ces psychopathies nous relevons dans la physionomie clinique de chacune d'elles des particularités susceptiples, à notre avis, d'apporter à l'établissement d'un pronostic quelques indications utiles. Dans les états maniaques suspects, de longueur inaccoutumée, qui, s'ils ne sont pas les plus fréquents sont loin d'être exceptionnels, une participation discrète du malade à la vie ambiante dont les menus faits alimentent son besoin de parler et où il puise des motifs de

discussion et d'observation, l'apparition d'un épisode nettement dépressif, marquant dans le tableau clinique l'empreinte d'une double forme, constituent des éléments dont l'interprétation dans un sens favorable s'impose.

Dans les états mélancoliques quel que soit l'âge de leur éclosion et leur durée il faudra tenir le plus grand compte pour l'appréciation de leur curabilité de leur physionomie clinique. La prédominance et la persistance de l'anxiété, des préoccupations hypochondriaques exprimées souvent sous forme de stéréotypie gémisseuse, de plaintes monotones, organisées parfois jusqu'à l'ébauche d'un syndrôme de Cotard, les préoccupations d'ordre familial sont autant de symptômes dont il convient de faire état dans le sens d'une évolution favorable.

Mais c'est surtout dans le diagnostic et le pronostic des états insuffisamment définis que nous avons rangés sous le terme de catatoniques que l'utilisation des moindres signes cliniques nous sera d'un appréciable secours. En présence d'un sujet arrêté au point de vue psychique comme au point de vue moteur, que son trouble général soit étiqueté catatonie, stupeur, stupidité, il nous faut convenir que nous ignorons ce qui subsiste derrière ces phénomènes d'arrêt en détente, chez le stupide, d'arrêt en tension motrice, chez le catatonique. Les apparences sont pour qu'il ne se passe rien derrière le masque d'inertie du malade, mais la fonction psychique n'est vraisemblablement pas plus supprimée que la fonction motrice dont les réactions kinétiques réduites à un minimum témoignent cependant de la persistance de la vie automatique. Ici donc plus qu'ailleurs s'impose l'observation attentive d'un malade dont l'expression clinique est restreinte. Il sera nécessaire de surveiller les moindres manifestations d'une activité somatique et psychique ralentie jusqu'à la faire croire absente et de les interpréter pour éclairer un diagnostic et un pronostic. C'est au décours de ces états dans lesquels, aussi longtemps que puisse se prolonger la période d'acuité, on voit cependant apparaître des phénomènes de détente, que l'investigation clinique devra tirer profit de toute manifestation susceptible de faire apprécier ce qui peut rester chez ces malades de vie intellectuelle et affective. L'observation pourra faire découvrir chez ces sujets qu'il faut regarder pour ainsi dire du coin de l'œil, à la dérobée, un geste de défense ou d'approbation, une participation plus

ou moins effective à la vie de l'entourage, un sourire adéquat, la preuve d'une acquisition mentale faite pendant la période d'acuité de l'affection, quelquefois même une manifestation de curiosité, de spontanéité, une forme logique donnée à quelques raisonnements simples, un désir légitime, et enfin des signes somatiques, dont la valeur est incontestable, sortes de réponses physiques aux sollicitations de l'observateur. C'est d'abord la manifestation d'une émotivité qui persiste et se traduit pendant les interrogatoires, les examens, par de l'accélération du pouls et du rythme respiratoire, des troubles vaso-moteurs, de la rougeur subite de la face paraissant liée à un sentiment de pudeur, de l'angoisse, de la dyspnée, une persistance d'un mauvais état général avec état saburral des voies digestives, insuffisances organiques, troubles de la menstruation, etc... Enfin parfois l'apparition d'une maladie incidente permettra de constater des réveils surprenants d'une lucidité considérée comme éteinte, démonstration péremptoire de la conservation de la fonction psychique dissociée, bouleversée en surface, mais toujours vivante.

Quant aux délires de persécution dont le pronostic a été pendant longtemps si sévère, il est incontestable que beaucoup d'entre eux guérissent. Quelle que soit l'opinion des auteurs sur la légitimité de la conception de Magnan que la notion de ces délires curables a incité à critiquer, que l'on considère ces délires comme secondaires à des états maniaques ou mélancoliques ou comme des formes de psychose périodique, ce que nous devons retenir, après avoir écarté de notre travail ces questions de doctrine, c'est que, de divers côtés, la littérature médicale contemporaine a publié des faits bien observés de délires de persécution chronique considérés comme définitifs et qui ont guéri. Ces faits de guérison comprennent des délires du type hallucinatoire et du type d'interprétation ; ils ont été observés aussi bien dans l'âge adulte que dans la période de présénilité. Un examen rétrospectif de ces cas et de ceux que nous avons observés nous-même nous permet-il de retrouver dans la physionomie clinique de ces délires des caractères de curabilité ? Il nous a semblé que l'importance de la phase mélancolique qui précède l'éclosion du délire devait être considérée comme un élément favorable. Beaucoup de ces malades, en effet, avant d'entrer dans leur systématisation délirante hésitent longtemps entre l'auto et l'hétéro-accusation ; ce sont surtout des persécutés mélanco-

liques qui gardent, en présence des persécutions qu'ils accusent une attitude résignée, fuient leurs persécuteurs avant de se retourner contre eux et se réfugient souvent dans l'idée du suicide. L'apparition du trouble mental est en général brusque dans les cas favorables et les manifestations alternantes d'exaltation et de dépression ne sont pas exceptionnelles. Quand l'élément hallucinatoire existe il manque de cette fixité que l'on retrouve dans les délires incurables, indice d'une systématisation plus complète. Enfin les formes qui guérissent paraissent prédominer sinon dans la période de présénilité du moins à l'âge où s'installent des méiopragies organiques, à l'occasion de la ménopause, quelquefois même à la faveur d'une lacune précoce de désintégration cérébrale, mais sans diminution intellectuelle consécutive.

Telles sont les données que l'étude clinique de la guérison tardive des maladies mentales nous a permis de recueillir. Ce sont de modestes acquisitions, incertaines peut-être, insuffisantes assurément, qui n'éclairent que d'une faible lueur le problème obscur de l'évolution des affections psychiques dont les inconnues demeurent nombreuses. La difficulté de l'analyse des phénomènes psychologiques subtils et nuancés, dont la juste appréciation exige une pratique laborieuse et de patients efforts est peut-être notre excuse.

La conclusion générale que nous dégagerons de cette étude c'est qu'il n'existe aucune raison rigoureusement médicale de désespérer de la guérison des états psychopathiques que nous avons envisagés aussi longtemps que n'apparaîtront pas dans leur expression clinique les symptômes de la série organique démentielle ou les altérations définitives de l'activité psychique. Aussi longtemps que l'observation clinique nous permettra de retrouver chez les malades des vestiges de vie intellectuelle ou affective l'hypothèse d'une dissociation, d'un désengrenage de la fonction psychique susceptible de se réparer devra se présenter à notre esprit. Et, pour dire toute notre pensée, nous n'avons aucune répugnance à admettre la possibilité d'une rééducation du psychisme, d'un rétablissement de l'harmonie mentale sous l'influence d'une psychothérapie qui, loin d'être systématique, saurait judicieusement s'adapter à chaque sujet.

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES

Nous avons indiqué dans le préambule de notre travail les raisons pour lesquelles nous n'apportons pas au Congrès une étude développée des questions médico-légales qui se rattachent à la guérison tardive des maladies mentales. Aussi bien pour les différentes formes morbides que nous avons envisagées et qui sont susceptibles de guérir tardivement nous nous exposerions à des redites, à refaire une médecine légale qui est constante auprès des psychiatres. Ce que nous pourrions ajouter à ce sujet c'est que la notion de guérison tardive possible nous impose encore plus l'obligation d'être prudents et réservés dans nos pronostics et de ne jamais prononcer le mot d'incurabilité en dehors des états démentiels cliniquement ou anatomiquement indiscutables. Cette possibilité de guérison devra toujours se présenter à notre esprit lorsque nous serons appelés à donner notre opinion sur l'opportunité de déterminations à prendre d'ordre pratique, administratif ou légal. En ce qui concerne les guérisons tardives ressortissant aux différents syndromes de la psychose périodique nous nous heurterions à des opinions irréductibles et nous ouvririons inutilement des discussions qui n'ont jamais abouti à un accord unanime des psychiatres sur la valeur sociale de l'intervalle lucide; les uns les considérant comme la *restitio ad integrum ante* avec sans doute des anomalies individuelles liées au caractère du sujet plutôt qu'à un bouleversement permanent de la fonction psychique, les autres le tenant au contraire uniquement pour une atténuation de symptômes au cours d'une maladie continue dont les épisodes intermittents justiciables de l'internement ne représenteraient que les paroxysmes. Aussi constate-t-on, en matière de psychose périodique des divergences radicales dans les conclusions des experts appelés à se prononcer sur la responsabilité des intermittents suivant qu'ils admettent l'une ou l'autre de ces conceptions. De la responsabilité entière à l'irresponsabilité on relève toute la gamme des atténuations.

Dans l'historique de notre étude nous avons brièvement exposé de quelle façon indirecte la question des rapports de l'aliénation mentale et du divorce avait orienté sur les guérisons tardives l'attention des psychiatres, et comment, dans

les discussions mémorables contemporaines de la loi Naquet, la notion de possibilité de guérison tardive émise par Blanche avait contribué à faire écarter des causes de divorce l'aliénation mentale que l'amendement Guillot tendait à y introduire. Le débat n'était clos qu'en apparence ; il retrouva un regain d'actualité au moment où, sous l'influence d'un mouvement d'opinion qui gagna le Parlement en 1910, fut repris par les Députés Viollette et Colin, sous une autre forme, mais avec les mêmes tendances l'amendement Guillot rejeté en 1884. Il est juste de reconnaître que la situation faite dans la société à l'époux sain, séparé quelquefois définitivement de son conjoint aliéné, mérite d'être prise en considération et légitime la recherche de dispositions légales destinées à porter remède à une infortune souvent préjudiciable à l'individu et à la société. D'autre part l'exemple donné par de nombreuses législations étrangères qui, sans avoir à le regretter, sauf dans des cas exceptionnellement rares, ont admis l'aliénation mentale au nombre des causes de divorce, a été de son côté un stimulant de l'opinion, devant qui à l'heure actuelle la question est virtuellement posée.

Partisans et adversaires de cette mesure législative se sont affrontés dans des discussions pleines d'intérêt devant la société médico-psychologique, la société de médecine légale; des polémiques ardentes ont été engagées dans les journaux médicaux ; de part et d'autre une argumentation judicieuse, nourrie de faits d'ordre clinique, sociologique et aussi sentimental est venue marquer l'importance que la science psychiatrique attache au côté médico-social de cette question. Mais son étude, qui sera l'œuvre de demain, n'est pas uniquement médicale. Pour résoudre ce problème, aux faces multiples, à la fois de droit humain, de morale sociale, de médecine légale, et pour certains, de doctrine religieuse, il est indispensable de se libérer de jugements spécialisés, professionnels, et de faire appel à une vaste collaboration scientifique, à cette « liaison nécessaire des sciences » dont parlait Diderot, pour arriver, si possible, à une solution humaine, aussi éloignée d'une sentimentalité fausse que d'un réalisme impitoyable.

Cahors, Imprimerie Coueslant *(personnel intéressé)*. — 30.582